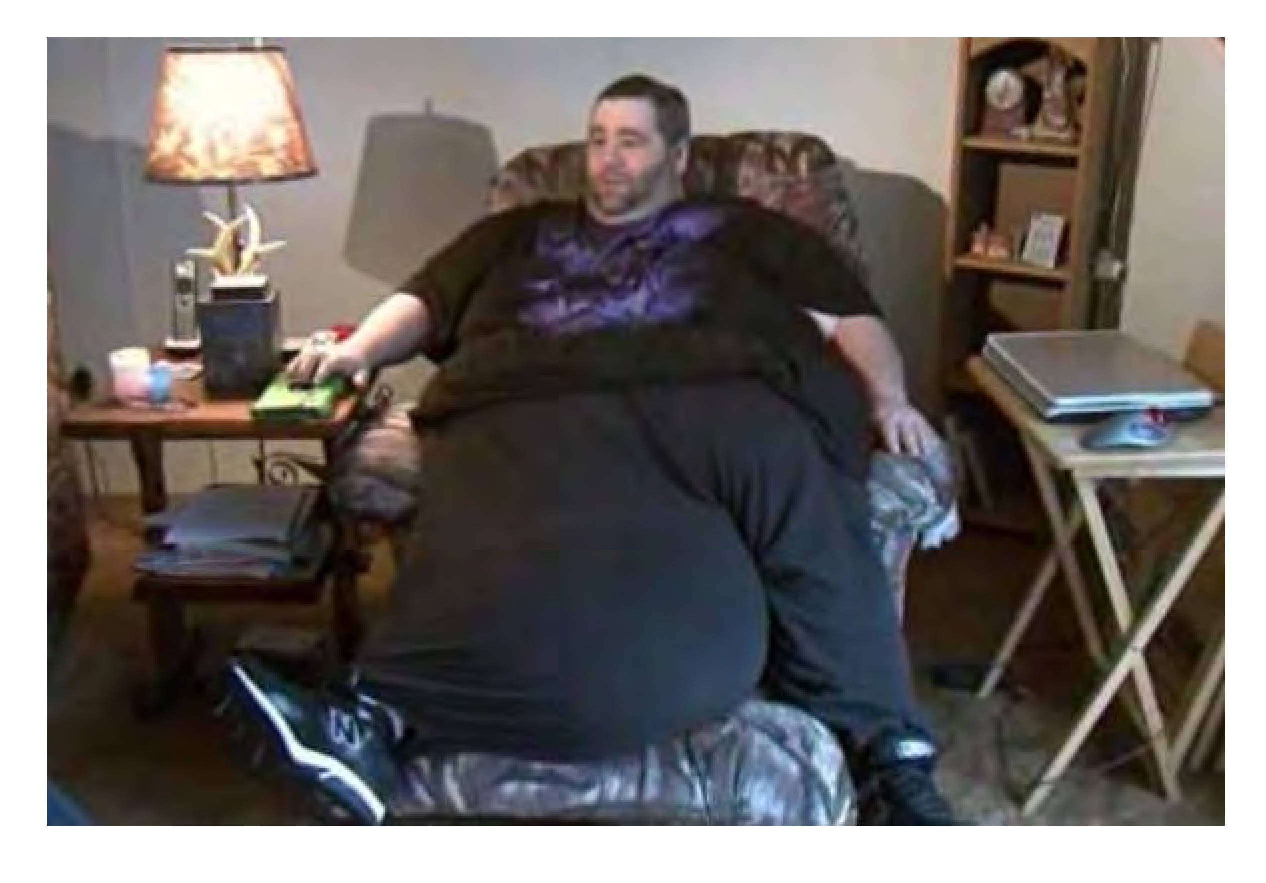
Grosse bourse froide

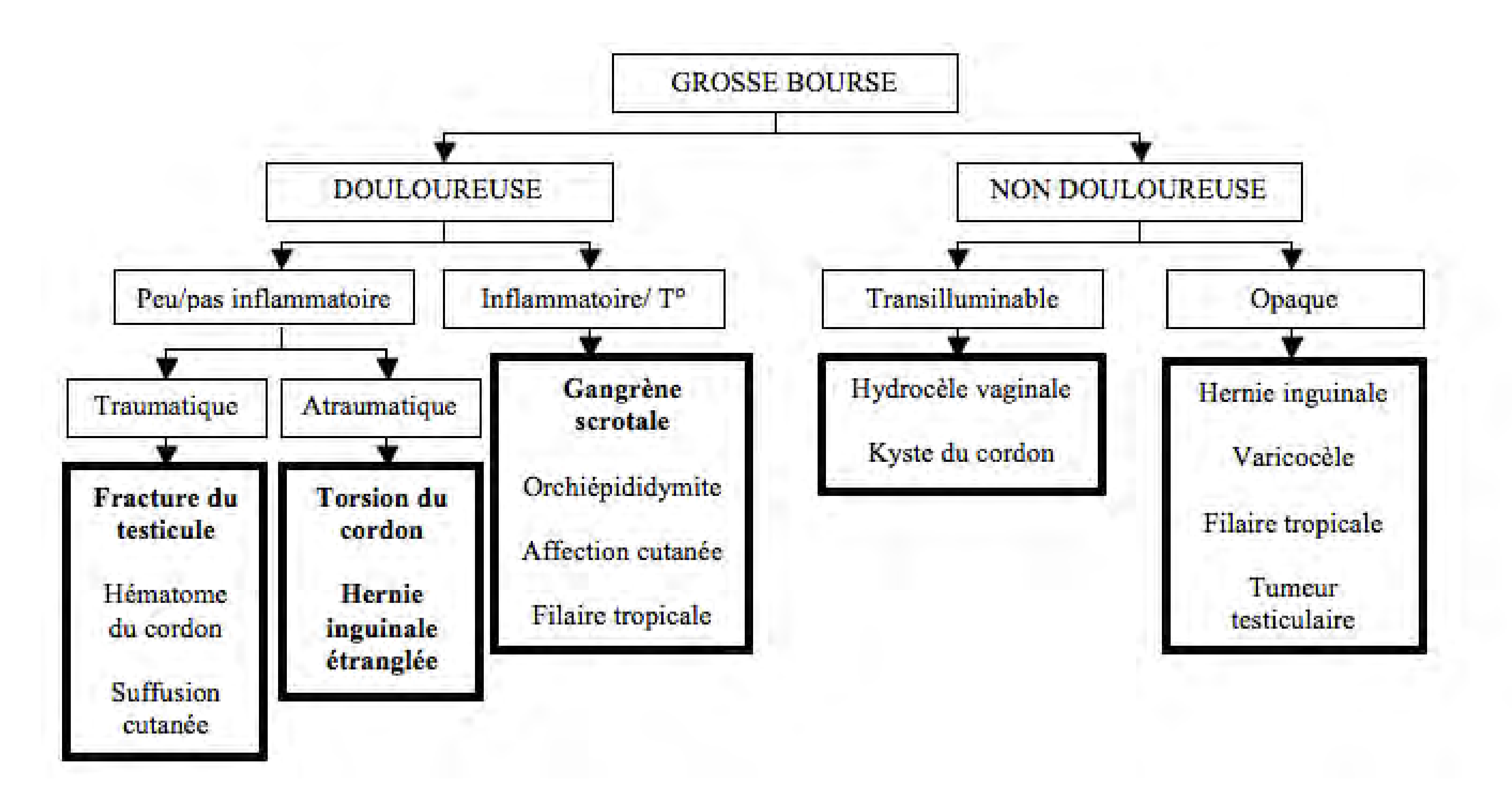
Dr BEGHDOUS .A



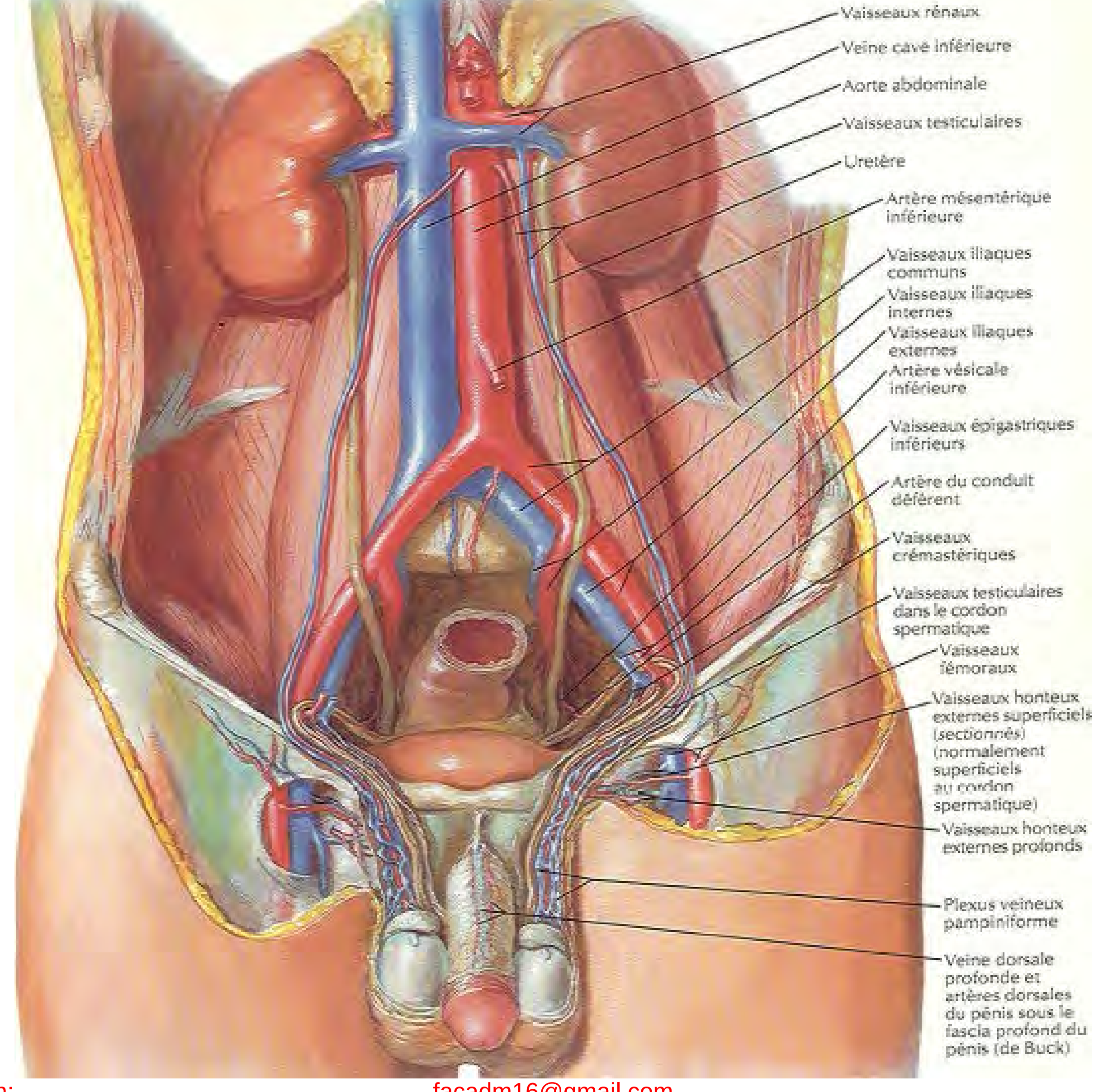
Source : journaldequebec.com | Mercredi 25 Juin 2014

Un homme au scrotum énorme demande l’aide du public

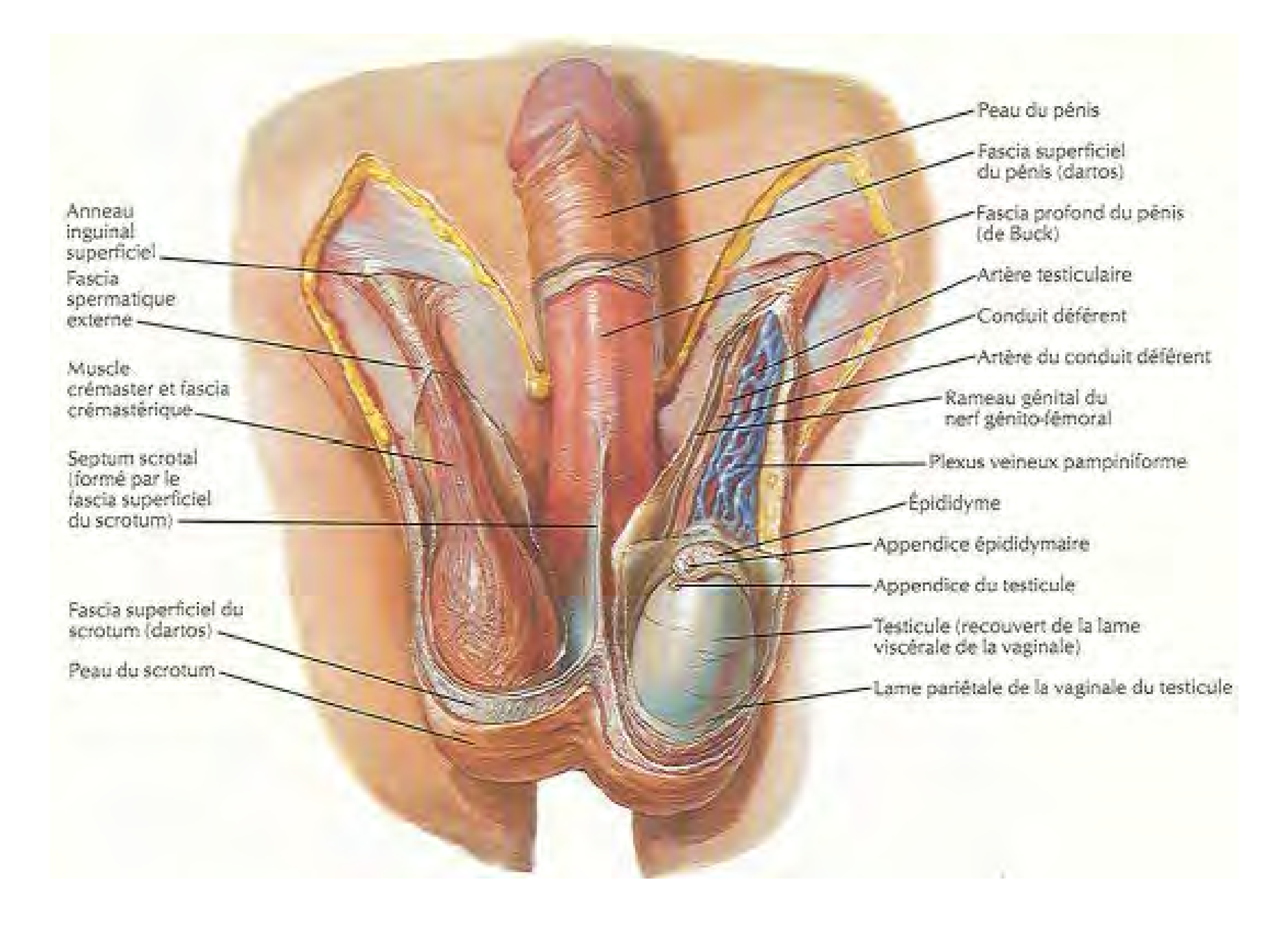
Orientation diagnostique



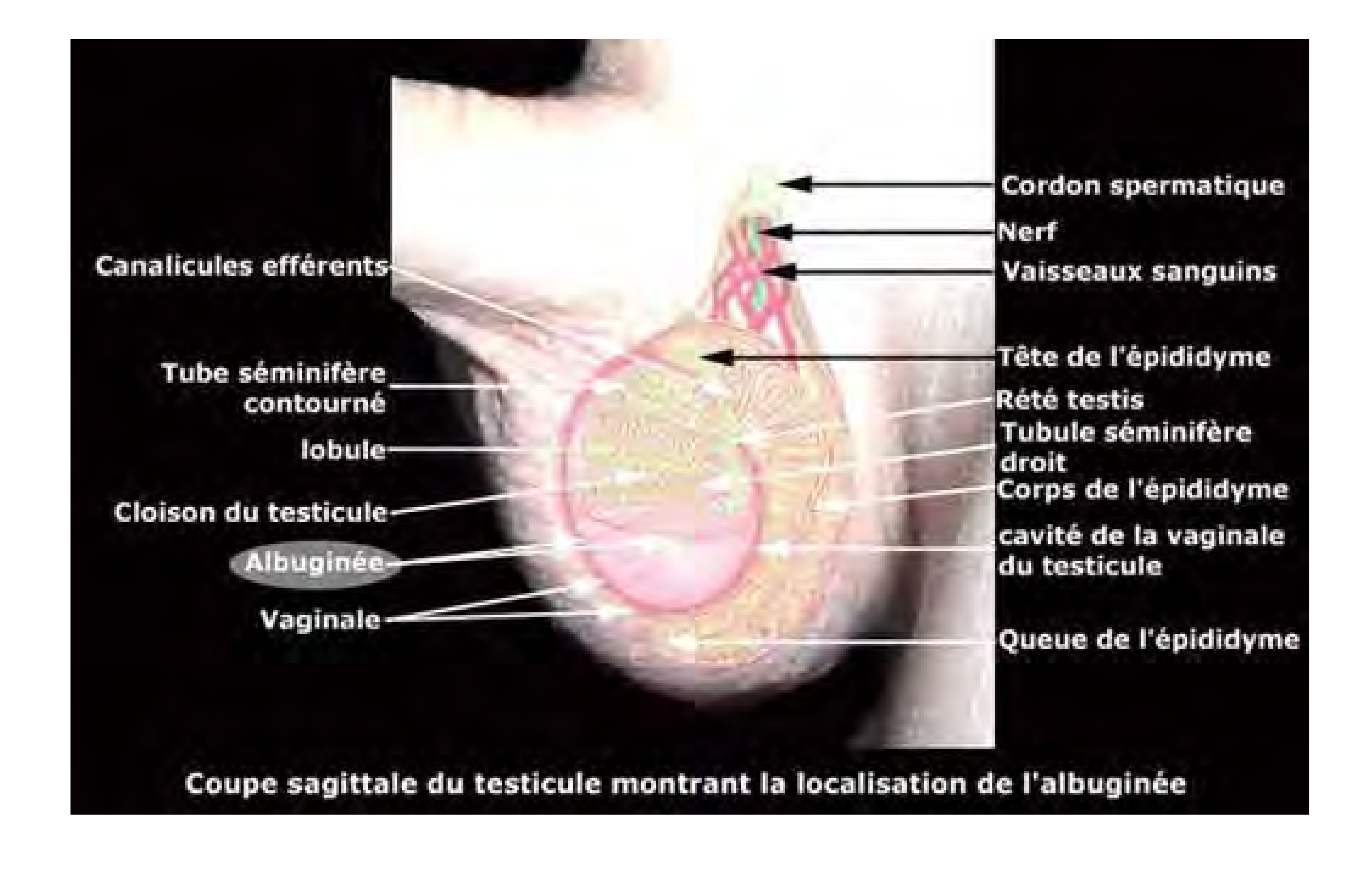
Anatomie


Vaisseaux rénaux
Veine cave inférieure
Aorte abdominale
Vaisseaux testiculaires
Uretère
Artère mésentérique inférieure
Vaisseaux iliaques communs
Vaisseaux iliaques internes
Vaisseaux iliaques externes
Artère vésicale inférieure
Vaisseaux épigastriques inférieurs
Artère du conduit déférent
Vaisseaux crémastériques
Vaisseaux testiculaires dans le cordon spermatique
Vaisseaux fémoraux
Vaisseaux honteux externes superficiels (sectionnés) (normalement superficiels au cordon spermatique)
Vaisseaux honteux externes profonds
Plexus veineux pampiniforme
Veine dorsale profonde et artères dorsales du pénis sous le fascia profond du pénis (de Buck)

Anatomie


Peau du pénis
Fascia superficiel du pénis (dartos)
Fascia profond du pénis (de Buck)
Artère testiculaire
Conduit déférent
Artère du conduit déférent
Rameau génital du nerf génito-fémoral
Plexus veineux pampiniforme
Épididyme
Appendice épididymaire
Appendice du testicule
Testicule (recouvert de la lame viscérale de la vaginale)
Lame pariétale de la vaginale du testicule
Anneau inguinal superficiel
Fascia spermatique externe
Muscle crémaster et fascia crémastérique
Septum scrotal (formé par le fascia superficiel du scrotum)
Fascia superficiel du scrotum (dartos)
Peau du scrotum

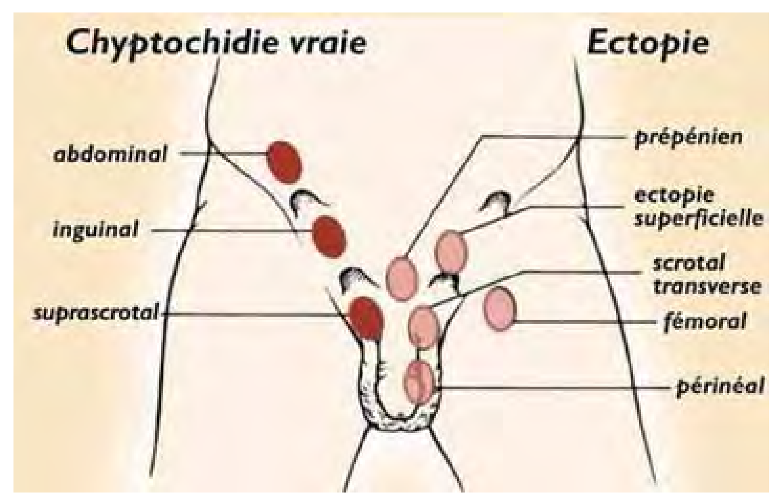
Anatomie



Coupe sagittale du testicule montrant la localisation de l'albuginée

Cancer du testicule: FDR

ATCD de **cryptorchidie** (homo- ou controlatérale)10 % des cas,
elle multiplie le risque de cancer par 5 à 10 fois selon l'âge et la date du traitement.
Un abaissement chirurgical, s'il ne permet pas de réduire le risque de cancer, a l'avantage de faciliter la palpation testiculaire ;
une **atrophie** testiculaire ;
un **hypospade** ;
des troubles de **la fertilité**.
Syndrome de **Klinefelter**.
Infertilité.
Antécédent familial de premier degré.



Cancer du testicule :clinique









Cancer du testicule

Marqueurs tumoraux

- βHCG (choriocarcinome, tumeurs mixtes, séminome parfois)
  - Demi-vie : 30 heures
- αFP (carcinome embryonnaire)
  - Demi-vie : 5 à 7 jours
  - aussi au cours des hépatites, des cirrhoses, et de l'hépatocarcinome
- LDH (volume tumoral, séminome)

Proposer la conservation de sperme

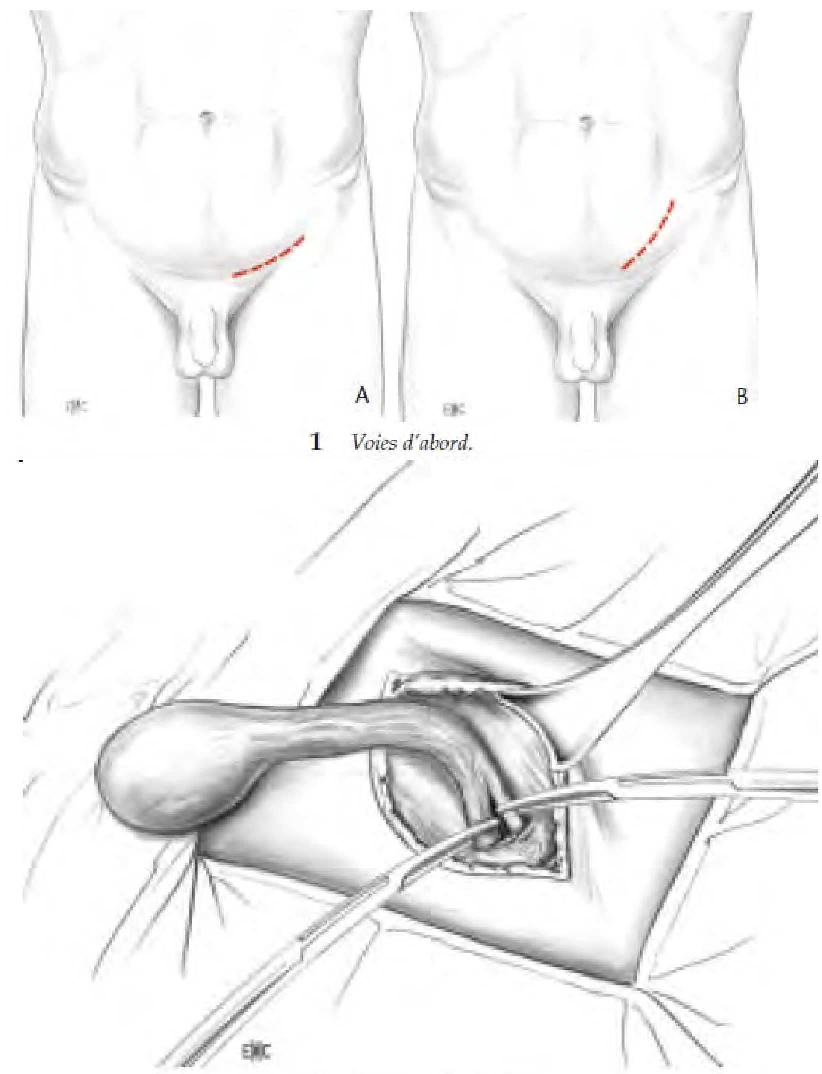






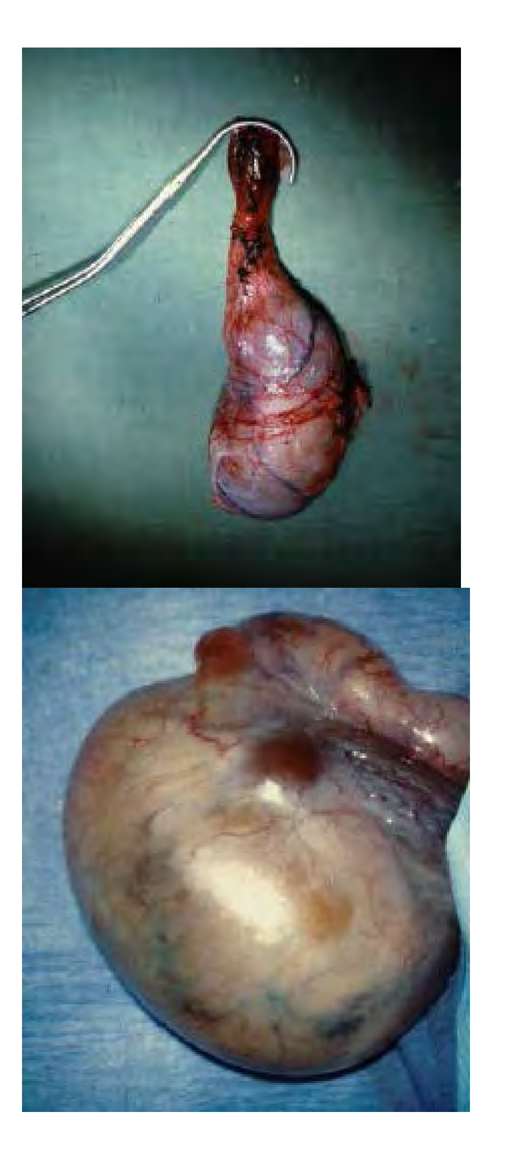


Orchidectomie voie inguinale

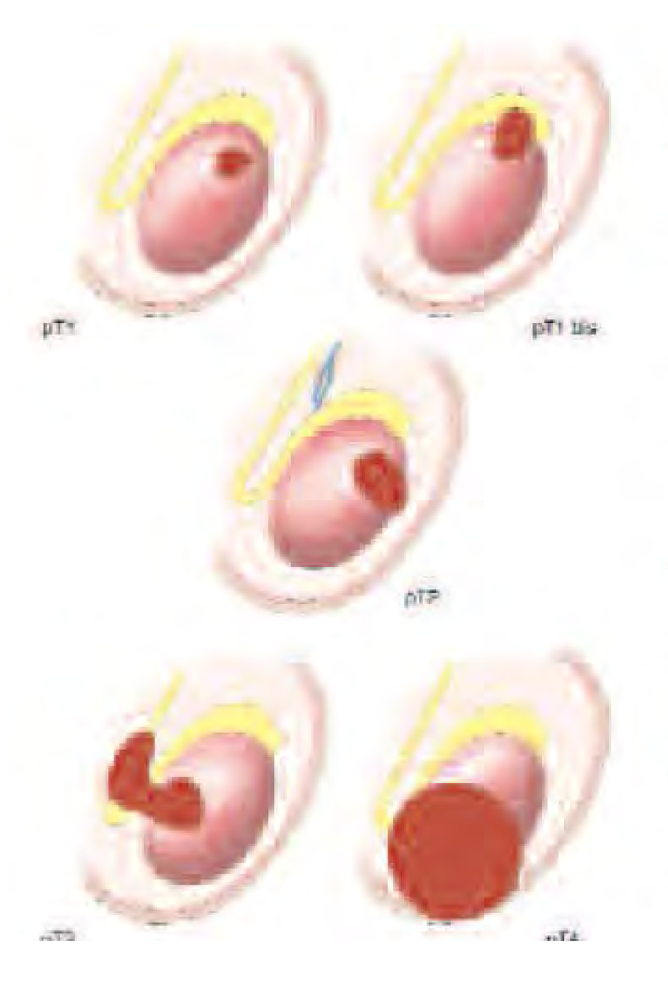


1 *Voies d'abord.*


3 *Ligature du cordon.*



Cancer du testicule :TNM-S



Classification locale (T)

pTis : carcinome in situ

pT1 : tumeur limitée au testicule et à l'épididyme, sans invasion vasculaire; la tumeur peut envahir l'albuginée

pT2 : tumeur limitée au testiculeet à l'épididyme, avec invasion vasculaire; la tumeur peut envahir la vaginale

pT3 : tumeur envahissant le cordon spermatique

pT4 : tumeur envahissant le scrotum

Ganglions régionaux (N1 à N3)

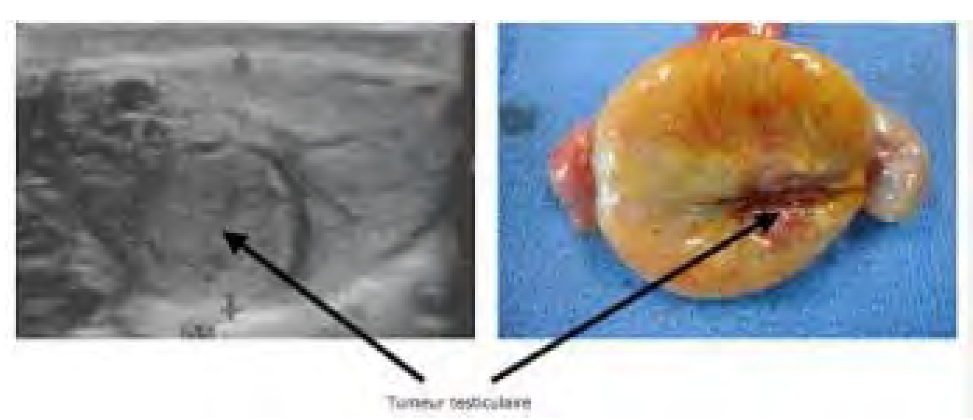
Métastases à distance (M1a ou b)

Marqueurs sériques (S1 à S3)

Figure 15 a : Classification TNM-S

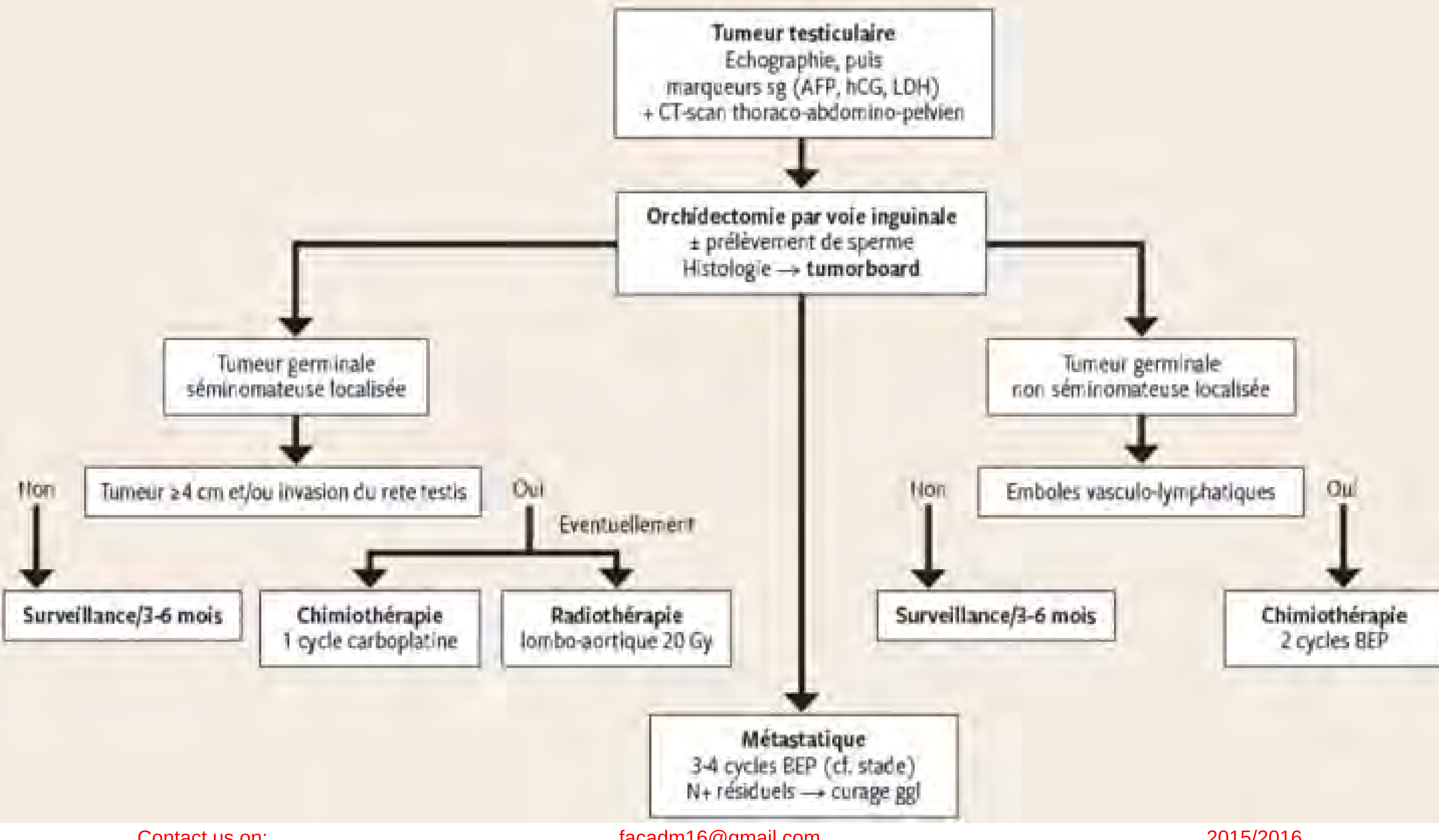
Cancer du testicule





Tumeur testiculaire

Cancer du testicule



Hydrocèle :Diagnostic

- épanchement liquidien péri-testiculaire et intravaginal ;
- le plus souvent idiopathique, il peut être réactionnel à une pathologie testiculaire (infectieuse, tumorale...) ;
- chez l'enfant, il est physiologique jusqu'à l'âge

  d'un an et correspond à une persistance du canal péritonéo-vaginal ;
- l'examen clinique: une bourse augmentée de volume, non douloureuse, à contenu transilluminable ;

Hydrocèle

Echographie scrotale





Hydrocèle :TRT

- le traitement est ***chirurgical***:
- par ligature du canal péritonéo-vaginal chez l'enfant
- résection ou plicature de la vaginale chez l'adulte.



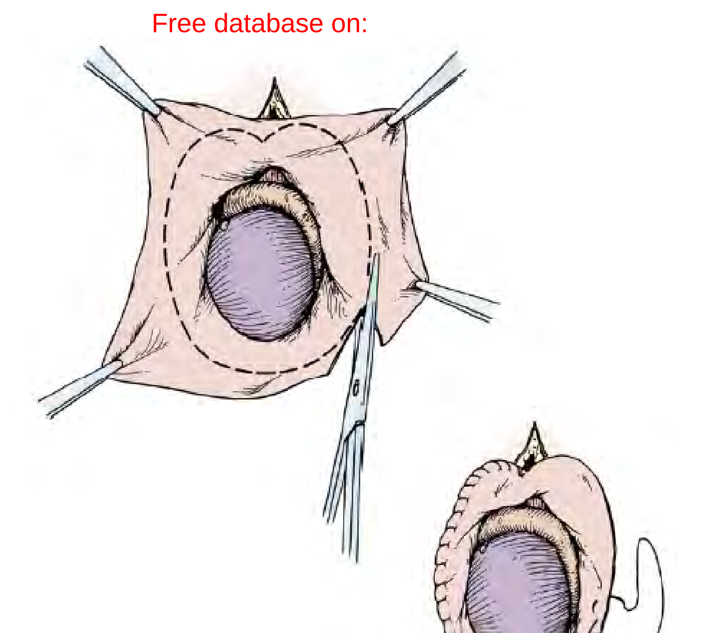


Figure 37–12. Simple excision of the thick-walled hydrocele sac and oversewn edges.

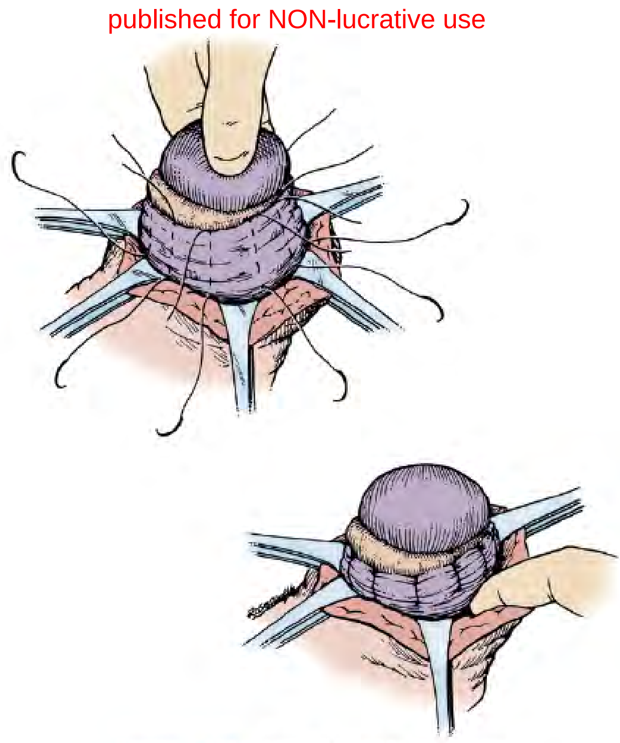


Figure 37–14. Lord placation technique.

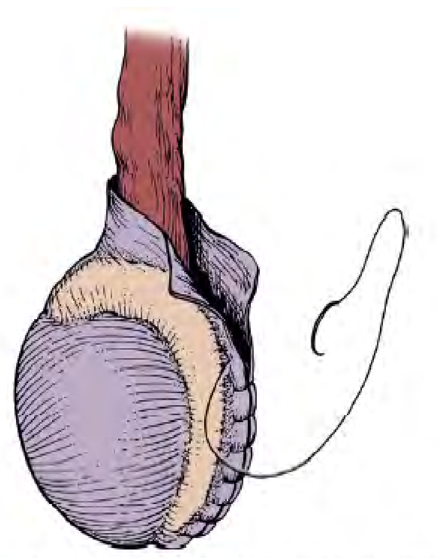
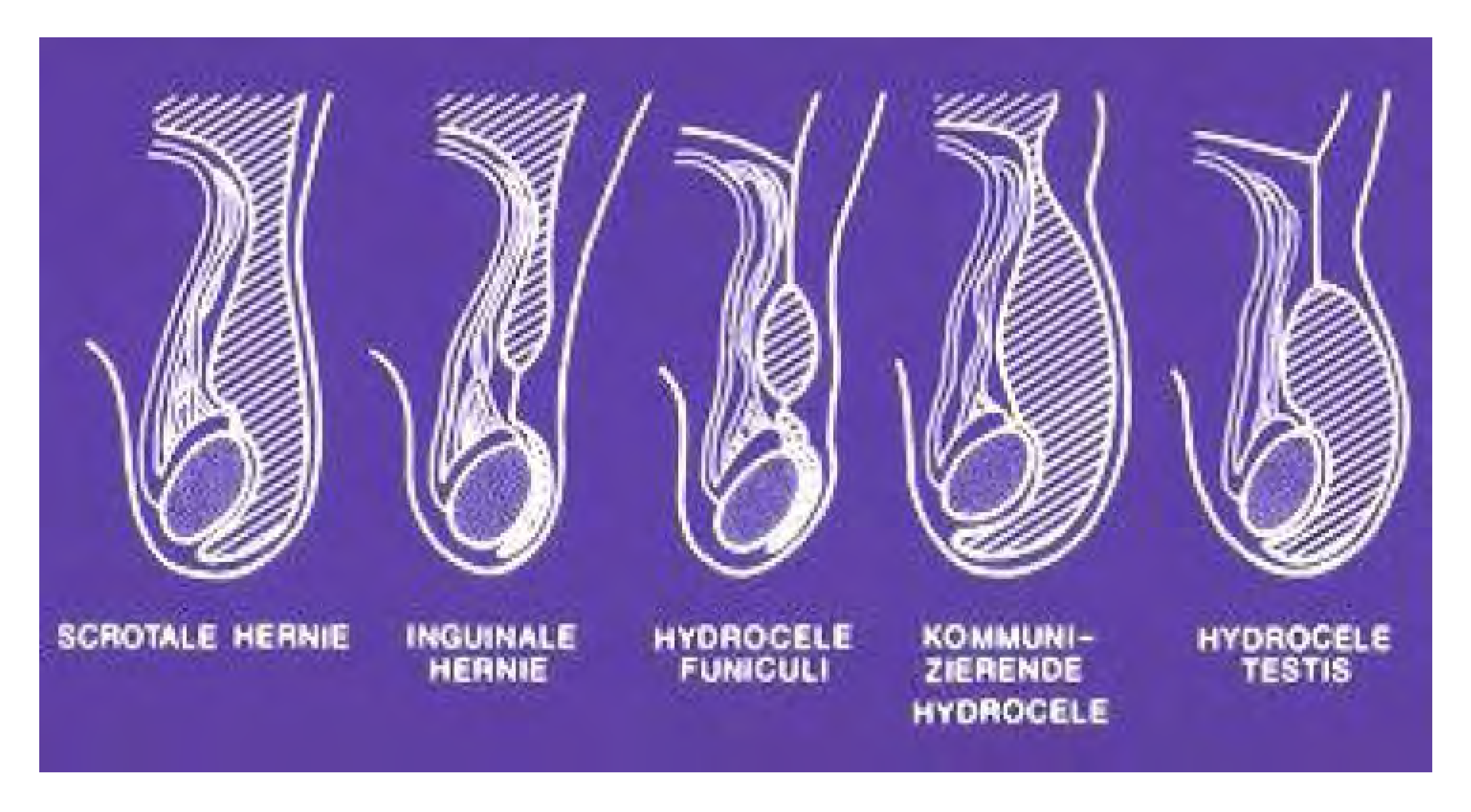


Figure 37–13. Jaboulay bottleneck technique for excision of thin, floppy sacs.



Persistance du canal péritonéo-vaginal



Persistance du canal péritonéo-vaginal

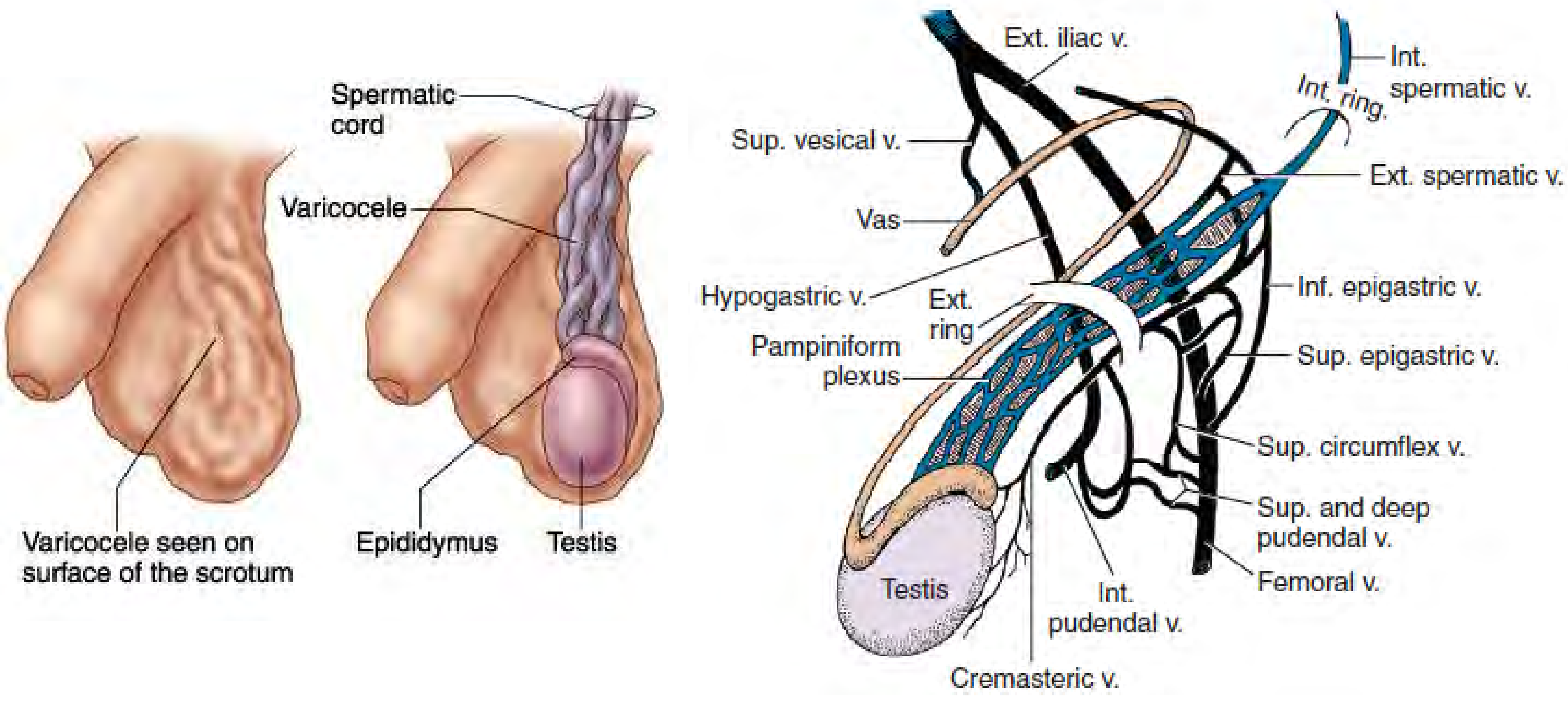


Persistance du canal péritonéo-vaginal



Varicocèle

- dilatation variqueuse des veines spermatiques.
- GAUCHE dans 90 % des cas par une insuffisance valvulaire



Varicocèle

- L’interrogatoire recherche des douleurs à type de pesanteur, surtout vespérale, une hypotrophie testiculaire, une infertilité, une gêne esthétique.

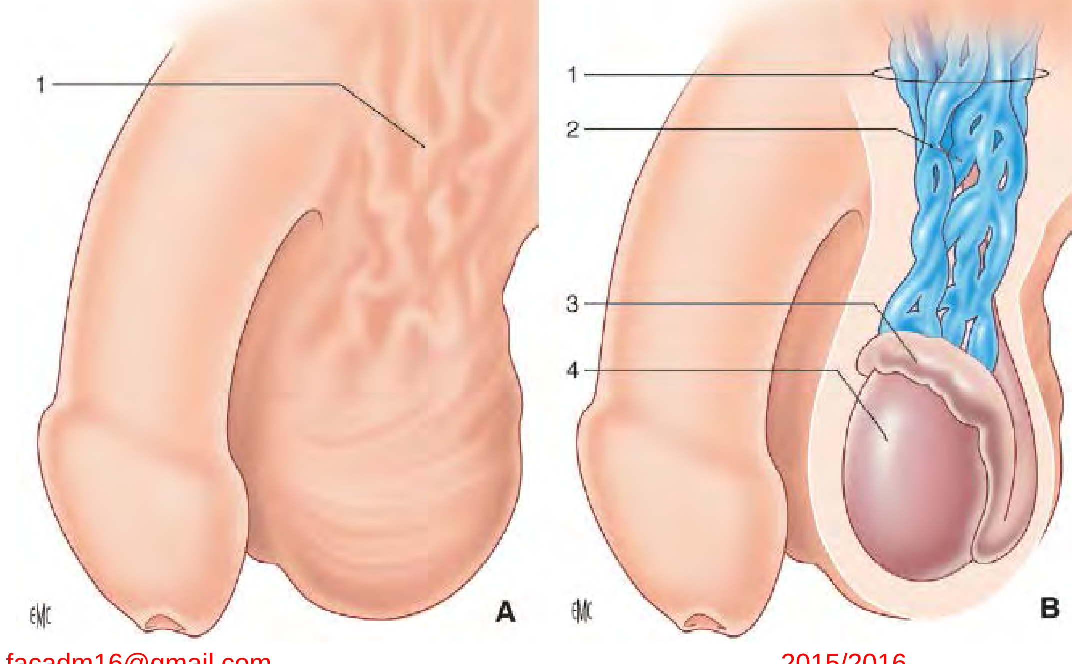


Figure 1. Varicocèle.
A. Vue externe. 1. Varicocèle visible sur la surface du scrotum.
B. Vue en coupe. 1. Cordon spermatique ; 2. varicocèle ; 3. épididyme ; 4. testicule.

Varicocèle

La varicocèle est une anomalie fréquente avec des implications andrologiques qui sont :

- un défaut de croissance et de développement du testicule ipsilatéral,
- des symptômes à type de douleur ou d'inconfort,
- une infertilité.

CLASSIFICATION

Classification utilisée en pratique clinique :

- **infra clinique :** invisible et non palpable au repos et lors de la manœuvre de Valsalva mais objectivable au l'écho-doppler,
- **grade 1 :** Palpable uniquement lors d'une manœuvre de Valsalva,
- **grade 2 :** Palpable au repos mais non visible,
- **grade 3 :** Visible et palpable au repos.

DIAGNOSTIC

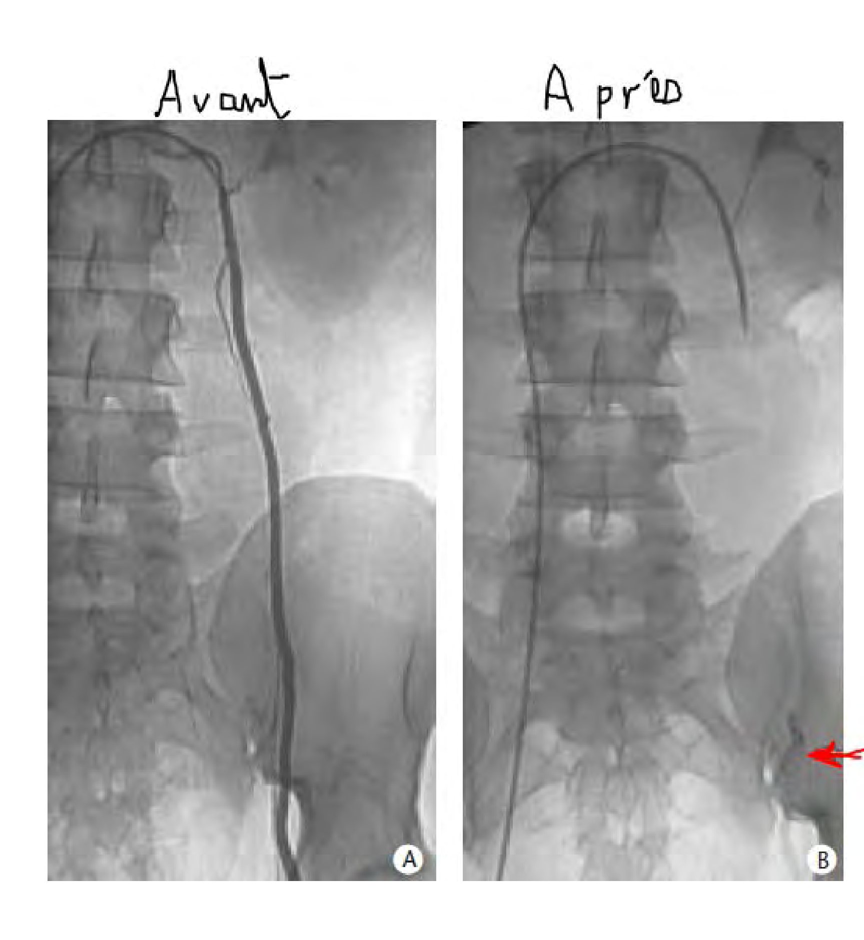
Le diagnostic est clinique avant tout et peut être confirmé par écho-Doppler.
Dans les centres pratiquant l'embolisation ou la sclérothérapie rétrograde le diagnostic peut également être confirmé par radiographie.

Varicocèle

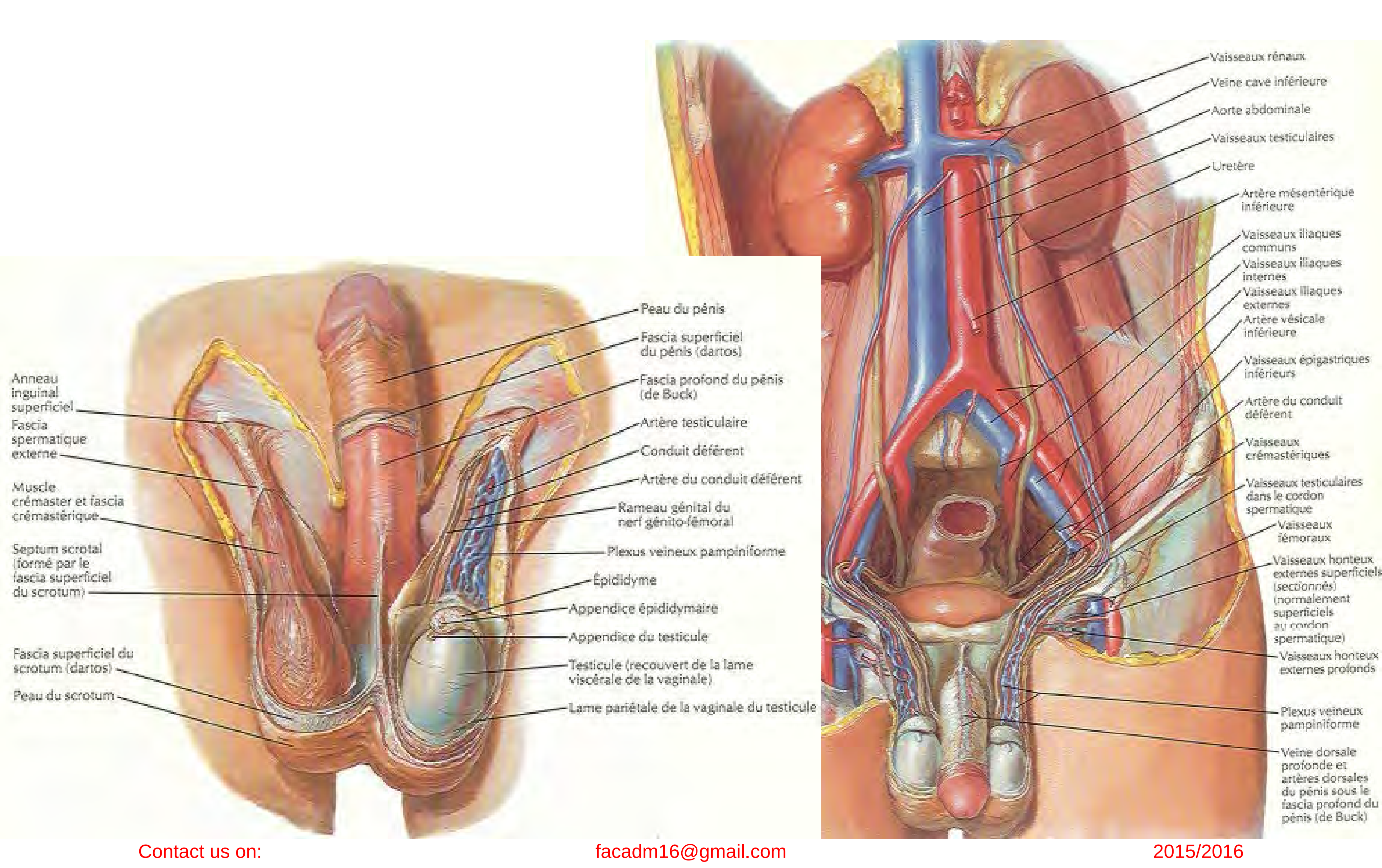
Recommandations
La cure de varicocèle est recommandée chez les adolescents présentant un défaut de développement testiculaire progressif avéré (Grade B)
Il n'a pas été démontré de bénéfice après la prise en charge d'une varicocèle chez des patients infertiles ayant un spermogramme normal et une varicocèle infra clinique, dans ce cas la cure n'est donc pas recommandée (Grade A)
La cure de varicocèle est a envisager chez les patients présentant l'association d'une varicocèle clinique, d'une oligospermie, d'une infertilité de plus de 2 ans et en l'absence d'une autre cause identifiable d'infertilité (Grade B)

Varicocèle : TRT





Varicocèle : TRT



Nodule de l'épididyme

Échographie

Transilluminable, anéchogène

Non transilluminable, solide, échogène

Kyste

Tumeur

Simple

Suspect (septas, solide)

IRM optionnelle

Spermatocèle

Surveillance

Exploration inguinale et extemporanée

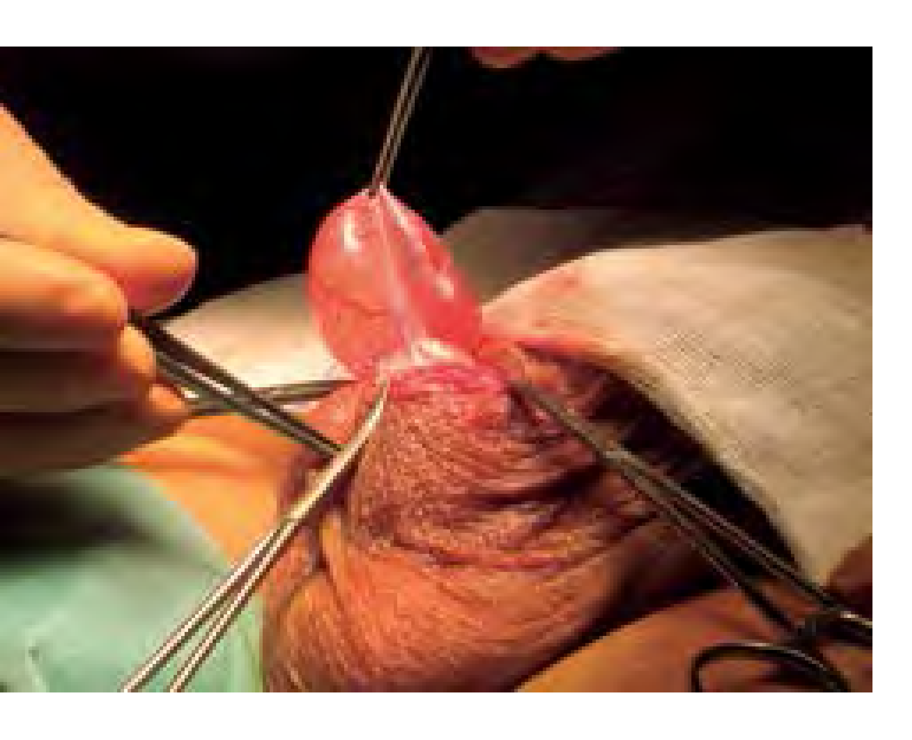
Tumeur adénomatoïde, léiomyome, tumeur bénigne

Tumeur maligne

Tumorectomie, épididymectomie partielle, énucléation

Orchidectomie élargie ± traitement complémentaire

Kyste simple de l'épididyme





Spermatocèle





Lymphœdème scrotal de la filariose



- *Wuchereria bancrofti* (90 % des cas) ;
- *Brugia malayi* (9 % des cas) ;
- *Brugia timori* (moins de 1 % des cas).

Diéthylcarbamazine 6 mg/kg/j en dose unique ou fractionnée sur 2 semaines
Alternatives : ivermectine ou albendazole
Ivermectine 200 ug/kg en dose unique
Albendazole



Gangrène périnéoscrotale de Fournier

Fasciite nécrosante génitale, périnéale et périanale potentiellement létale.

Il faut rechercher des antécédents de chirurgie urétrale ou proctologique récents, des sténoses ou fistules anale ou urétrale.

A l'examen clinique: erythème, prurit périnéal, puis fièvre et sepsis. Crépitants témoignant d'un emphysème sous cutané.

Syndrome inflammatoire biologique.

TDM pelvienne pour rechercher des collections aériques s'il n'y a pas de crépitants cliniques et rechercher une étiologie.

Gangrène périnéoscrotale de Fournier

Traitement :

- Triple antibiothérapie (β-lactamine + aminoglycoside + métronidazole).
- Débridement extensif au bloc opératoire sous AG
- Mesures de réanimation médicale.
- Colostomie si atteinte rectale et sphintérienne, cathéter sus-pubien pour améliorer les soins de plaies.

Gangrène périnéoscrotale de Fournier







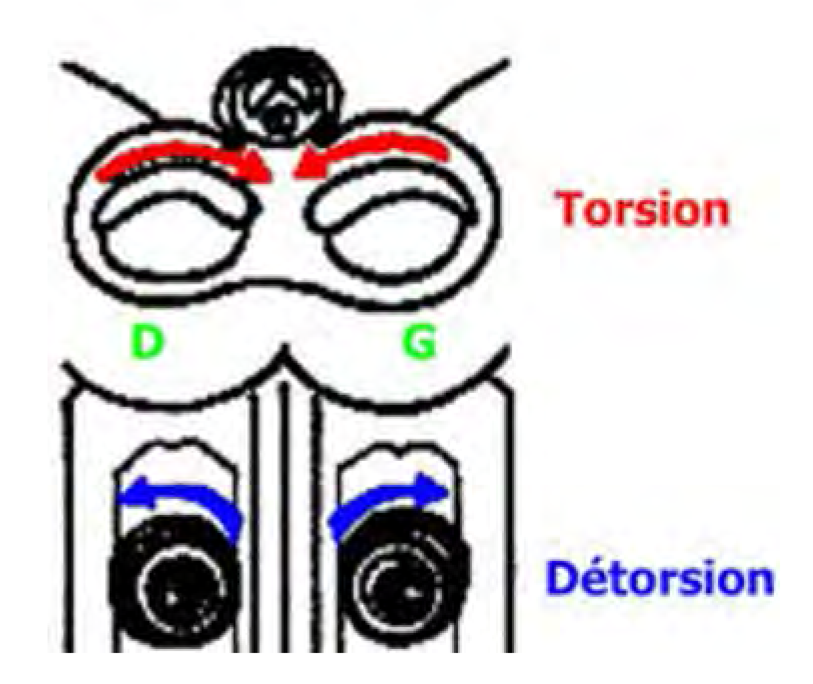








Torsion du cordon spermatique négligée





Merci